

Título O falso *Self* na génese psíquica das patologias-limite?

Ensaio de resposta clínica e reflexão epistemológica

Comunicação apresentada originariamente no XVI Simpósio da Psicopatologia Dinâmica da SPP em 21 de Março de 2003, posteriormente revista, aperfeiçoada e actualizada

Carlos Farate Membro Didacta da Sociedade Portuguesa de Psicanálise

carlos.farate@sapo.pt

Resumo

Abordar o tema do falso *Self* na óptica da psicologia individual implica proceder a um ensaio prévio de delimitação epistemológica desta noção no seu campo teórico de referência, isto é., no interior da teoria psicanalítica. Mais precisamente interessa debater a colocação do falso *Self* no sistema estrutural da mente, aberto pela 2.^a tópica do aparelho psíquico (elaborada por S. Freud entre 1916 e 1920), esclarecer a que conceito de *Self* se refere D. Winnicott na sua obra e perceber qual o posicionamento deste psicanalista relativamente às correntes teóricas que extremavam o campo psicanalítico durante o período em que formulou as teses clínicas e psicoterapêuticas mais interessantes (a década de 50 do século passado). Só então será possível responder à interrogação que substancia este texto, a saber, em que medida o falso *Self* é uma categoria psíquica a partir da qual é possível explicar o funcionamento mental dos pacientes-limite (que, mais adiante, delimitaremos de um ponto de vista nosológico).

Palavras-chave: *setting* analítico; falso *Self*; regressão técnica; espectro *borderline*; gestão da contratransferência.

A heurística do falso *Self* na cura analítica

O desafio, e também dificuldade, a que temos de responder quando nos abalançamos a integrar ao nosso pensamento uma ideia, a um tempo tão precisa e (facilmente) generalizável, como o é, seguramente, o falso *Self* é a exigência da sua rigorosa interpretação histórico-conceptual. E isto, tanto mais quanto esta noção tem carácter polissémico bastante para ser adaptada a diferentes sistemas de pensamento clínico e psicoterapêutico.

Ciente deste desafio, começaremos por avançar um breve ensaio acerca do posicionamento teórico do seu autor na época em que desenvolveu o essencial do seu labor clínico. Uma época histórica marcada, no plano internacional, pelos cenários de “ressaca” político-moral e de reajustamento social que se seguiram à 2.ª guerra mundial, e, no interior do movimento psicanalítico, por acesos debates, iniciados no início dos anos 40, particularmente entre 1943 e 1944 (A. Hayman, 2013), entre os epígonos da ortodoxia sensualista do fundador da psicanálise alinhados em torno de A. Freud (E. Glover, D. Burlingham, entre outros) e os militantes da revolução técnica e metapsicológica polarizada na dinâmica objectal activa do *Self* infantil *in statu nascendi*, protagonizada por M. Klein e pelos psicanalistas que a seguiram e desenvolveram o essencial das suas geniais intuições clínicas (e.g., S. Isaacs, H. Rosenfeld, P. Heimann).

Este debate de índole, simultaneamente, teórico-clínica e epistemológica, e de extrema importância para o futuro da psicanálise (num confronto de posições que teve, desde o início, como setting naturalista – politicamente esperável - a *British Psychoanalytic Society*) percorreu o período de tempo durante o qual D. Winnicott delineou o essencial do seu original contributo teórico à técnica psicanalítica. Trata-se de um contributo teórico que, relativamente ao tema em apreço e de acordo com uma escolha pessoal, se condensa numa sinopse de conferências de que resultou, em alinhamento cronológico, a publicação dos seguintes artigos: “Objectos transicionais e fenómenos transicionais” (1951), “Psicose e cuidados maternos” (1952), “Os aspectos metapsicológicos e clínicos da regressão no seio da situação analítica” (1954), “As formas clínicas da transferência” (1955/56), “A preocupação maternal primária” (1956), “A capacidade de estar só” (1958) e “Distorção do Eu em função do verdadeiro e do falso *Self*” (1960).

Estes textos, de riquíssimo contributo teórico para a explicação do quadro em que decorre a sessão analítica, e, de um modo geral, para a compreensão do processo psicoterapêutico criado pelo quadro da relação psicanalista/analizando (facto que é, aliás, corroborado, relativamente a toda a obra deste autor, por psicanalistas como A. Green, 1990 ou R. Roussillon, 2001, entre outros) revelam, a um leitor atento, o “fio condutor” do pensamento de D. Winnicott, organizado em torno de um tríptico conceptual.

Referimo-nos aqui, por ordem de precedência teórica, às noções de:

- Unidade originária de *Self* infantil e objecto materno primário, vertida quer na “estrutura indivíduo-meio”, quer nas ideias fecundas de “meio suficientemente bom” e de “preocupação maternal primária” as quais se traduzem, inicialmente, por uma identificação primária em atitude de “*holding*” narcisicamente concordante com o bebé, e, um pouco mais adiante, pela adopção “naturalista” das qualidades empáticas de “*handling*” e de “*object presenting*”;

- “Área intermediária de ilusão”, definida como um espaço imaginário partilhado no qual se opera a transformação da ilusão primária da posse onipotente do “seio” (metáfora do objecto primário de amor e protecção) em movimento criativo secundário da interiorização progressiva de um objecto materno separado da ilusão onipotente originária, através do recurso a “fenómenos transicionais”, que implicam a atribuição de um “valor transicional” (isto é, situado a meio caminho da realidade e da ficção onírica) aos objectos de utilização/manipulação corrente particularmente investidos pelo lactente e pela criança pequena (nos primórdios do processo de simbolização, que abre as portas ao significante e à linguagem);

- Importância do processo de “integração” originária do Eu infantil, um processo que ora evidencia a consistência material e afectiva do meio “suficientemente bom” conducente à expansão do “verdadeiro *Self*”, ora denuncia um “meio não suficientemente bom” que induz à ameaça de um estado de “não integração”, e pode condicionar a instauração defensiva de um “falso *Self*” que ameaça “enquistar” o Eu infantil verdadeiro.

É este o “tripé” teórico que serve de fundação ao pensamento de D. Winnicott e influencia, a par do hábito mental decorrente da sua formação disciplinar de base como médico pediatra, a natureza conceptual da sua original contribuição teórico-clínica ao campo psicanalítico.

Uma contribuição que, na perspectiva epistemológica, parece decorrer do ponto de vista em que se coloca na relação com o Eu infantil do analisando, “o ponto de vista da criança, se a criança já lá estivesse” (1955/56, p. 280), como escreve a determinado passo do texto sobre as “formas clínicas da transferência”. Ora, um tal “posto” de observação difere daquele que é adoptado quer por S. Freud, quer por M. Klein, quer, ainda, por um psicanalista pós-kleiniano da importância de W. Bion.

Assim, S. Freud coloca-se na perspectiva do observador externo ao Eu infantil, já que o observa a partir do meio (note-se, a este propósito, que a função de Super Eu auxiliar - do Eu infantil do paciente - atribuída ao psicanalista se filia nesta perspectiva, dado que esta última instância psíquica representa a interiorização das regras do meio, por via predominante da introjecção paterna). Neste quadro, a linguagem estabelece a mediação (possível) na relação do sujeito com desejos, ideias e sentimentos recalcados no inconsciente, e o trabalho do analista consiste na interpretação do seu conteúdo latente (onírico) que pode ser captado directamente (pela análise dos sonhos), ou indirectamente pela análise das “entrelinhas” do material verbal que o paciente traz, em associação livre, à sessão terapêutica.

Pelo seu lado, M. Klein opta pelo lugar de observadora interna ao *Self* infantil, intervindo, a partir desse lugar, nos mecanismos primitivos de identificação projectiva (narcísica e objectal) da mente, que operam, respectivamente, nas posições esquizo-paranoide e depressiva, através do manejo contratransferencial dos elementos saídos do processo primário (material onírico, medos, emoções, pré-formas de ideias, desejos e sentimentos). Deste modo, o psicanalista procede a uma intervenção metafórica directa sobre os fantasmas originários da criança (da mente infantil) efectuada a partir “de dentro”, e para a qual interessa mais o conteúdo latente da comunicação (pré-verbal e verbal) trazida pelo paciente à sessão do que a sua qualidade formal (uma linha de intervenção que se aproxima, sem se confundir, com a importância atribuída por D. Winnicott ao valor transicional - proto-simbólico - dos elementos saídos do processo primário, e que capta, por exemplo, através do jogo ou do desenho infantil, neste último caso pelo recurso à técnica do “squiggle”).

De entre os psicanalistas alinhados na teoria da relação de objecto, ou que desenvolveram o seu contributo conceptual num território partilhado por esta teoria e pela psicologia do *Self*, e que se seguiram a M. Klein (sendo correntemente designados pelo epíteto de pós-kleinianos) deve-se, sem dúvida, a W. Bion a contribuição mais rica e original ao pensamento psicanalítico contemporâneo. De facto, este autor efectua a síntese criativa dos contributos *princeps* de S.

Freud e de M. Klein à técnica psicanalítica, mesclada com as induções teóricas que resultam quer da observação do funcionamento da mente grupal, quer do ensaio de matematização das funções psíquicas que transformam os elementos do processo primário (β) em elementos do processo secundário (α) e que, deste modo, constroem a capacidade de pensar do sujeito. Apesar da importância atribuída, neste modelo, às funções de atenção e de notação do psicanalista no interior da sessão terapêutica, W. Bion posiciona o parceiro-chave da cura analítica numa “zona de fronteira” (definida pelo paradoxo do entre dois/dentro de cada um) com a parte adulta do *Self* do paciente (também designável por mente de trabalho, parte analítica da personalidade), selando, ambas, um “pacto de conhecimento e de transformação” relativamente aos objectos primários saídos da mente infantil do paciente (também designável por mente de pressuposto básico). Este pacto é, então, dinamizado pela função α do psicanalista (ou, mais precisamente, pela qualidade da barreira de contacto consciente/inconsciente, assente em funções como a “*rêverie*”, a relação transferencial ♀/♂. e a alternância psíquica PS \leftrightarrow D).

Por outro lado, apesar de este autor estar mais próximo da colocação do psicanalista na, chamemos-lhe assim, “área de transferência” psíquica entre psicoterapeuta e paciente (relativamente à qual avançamos, em trabalho anterior, a hipótese de poder definir uma tópica específica na qualidade de “aparelho psíquico em comum” do par psicoterapêutico) não deixa de ser importante reconhecer uma diferença epistemológica fundamental relativamente a D. Winnicott. Com efeito, W. Bion coloca-se no ponto de vista do *Self* analítico/adulto do paciente (“se ele já lá estivesse”), numa linha de raciocínio mais próxima de S. Freud e da sua própria elaboração conceptual, enquanto D. Winnicott adopta o ponto de vista do *Self* infantil do analisando (“se ele já lá estivesse” como aparelho psíquico, nas condições definidas por S. Freud) em relação concordante com o psicanalista/meio estruturante originário.

Realcem-se, ainda, as diferenças técnicas e as dissemelhanças éticas entre D. Winnicott e M. Klein, que resultam, precisamente, das condições para a atribuição de qualidades psíquicas e instrumentais ao *Self* infantil que acabo de referir. Assim, para o primeiro, o psicanalista coloca-se na posição da “mãe suficientemente boa” (portadora das qualidades empáticas e narcisicamente estruturantes de “*holding*”, “*handling*” e “*object presenting*”) que o *Self* infantil não teve num momento precoce da vida em que “não estava lá” (não tinha condições para funcionar como aparelho psíquico, tendo “falhado” a necessária ilusão onipotente da posse do seio materno), enquanto, a segunda, se coloca na posição de objecto interno de um *Self* infantil que “já está lá” desde o início da vida (e que, deste modo, permite a abordagem

transferencial dos elementos emanantes do processo primário, pelo recurso aos mecanismos de identificação narcísica e objectal primitivos da mente infantil).

Torna-se, agora, possível tentar dar resposta às questões que formulei no início relativamente à colocação teórica do Self na obra de D. Winnicott. De facto, se é certo que este autor se refere tacitamente ao sistema estrutural da mente, assente na 2.ª tópica definida *circa* 1920 por S. Freud, o que é, aliás, confirmado pela referência recorrente às perspectivas tópica e genética, e bastante menos à económica e à dinâmica, da metapsicologia freudiana nos textos que publica, não é menos certo que a integração egóica de instintos pré-genitais depurados, e que, deste modo não interferem na “*ego-relatedness*” do “Eu total”, tomado numa dinâmica progrediente, a par da importância do trabalho em torno do binómio regressão/fixação na sessão analítica, são as referências mais salientes ao modelo sensualista de S. Freud.

E uma mesma tendência é identificável no que diz respeito aos seus contemporâneos M. Klein e R. Fairbairn. Um facto que, em relação a R. Fairbairn, não deixa de ser interessante, sobretudo pela existência de alguns pontos de contacto filosófico, e até epistemológico, com este psicanalista escocês seu contemporâneo na Sociedade Britânica de Psicanálise, em particular a importância atribuída ao Eu total/Eu central, depurado de instintos sexuais e agressivos, na expansão do verdadeiro *Self*. Já no que diz respeito a M. Klein, D. Winnicott parece mesmo cultivar uma certa equidistância teórica, já que só em dois artigos, publicados em 1954/1955 e 1958, se refere às hipóteses clínicas de Klein, mais precisamente à posição depressiva, à culpabilidade e à reparação afectiva, em movimento aparente de integração analógica destes conceitos ao seu modelo teórico.

O conceito de *Self* é, então, utilizado por D. Winnicott, numa formulação teórica que parece próxima da corrente personalista da psicologia do *Self*, sendo que este autor adopta um modelo evolucionista para traçar o processo de construção da personalidade. De acordo com este modelo, o meio “suficientemente bom” (representado na “estrutura indivíduo-meio”) opera a evolução do *Self* primitivo – o “psique-soma” originário – pela integração psíquica progressiva dos diferentes “núcleos do Eu” (os alicerces narcísicos, afectivos e instrumentais da personalidade) ao “Eu total”.

Interessa, ainda, realçar a orientação existencialista desta abordagem conceptual do desenvolvimento da personalidade, já que a tarefa fundamental atribuída ao meio “suficientemente bom” consiste, precisamente, na criação das condições necessárias para que

o Eu total do indivíduo possa existir, ou, por outras palavras, possa “começar a ser” (“*come into being*”) e, desta forma, associe progressivamente a qualidade psíquica do “ser” à capacidade para funcionar como “agente racional” apto a determinar conscientemente as suas acções (o que faz, o que fez e o que quer fazer).

Esclarecido o sentido da utilização do conceito de *Self* no pensamento clínico de D. Winnicott, torna-se, agora, possível abordar a heurística da noção de funcionamento psíquico em falso *Self* relativamente à clínica dos pacientes-limite.

Começamos por referir sucintamente o âmbito nosográfico do conjunto de designações homónimas – pacientes-limite, patologias-limite, casos-limite, ou perturbações mentais do espectro *borderline* – que são objecto desta reflexão, deixando de lado, já que não cabe neste texto, a discussão estrutural acerca do valor psicopatológico das noções de limite e de fronteira (*border*)

Não deixaremos, ainda assim, de destacar a centralidade psicopatológica de uma tríade de factos psíquicos que constituem denominador comum às patologias acima enunciadas. Mais precisamente:

- A “falha” na integridade narcísica do Eu;
- A fragilização (depressiva) dos limites de um *Self* sujeito à angústia (esquizo-paranoide) da ameaça de intrusão por parte do objecto externo, que pode aproveitar as “brechas” abertas em zonas de sobreposição e de confusão Eu-outro (*Self*-objecto);
- O esbatimento dos limites entre instâncias do aparelho psíquico, particularmente do Eu e do *Id* (pólo pulsional), com anulação, pelo menos parcial, do Super Eu como instância terceira mediadora, com consequente sobreposição dos processos primários (emoções de base, sensações, elementos oníricos desligados) aos processos secundários (elaboração mental, ligação de afecto e pensamento, significação do acto pela palavra).

Quanto ao âmbito nosográfico atribuível às patologias-limite, podem caber nesta designação entidades diagnósticas, tais como, estados psicóticos (depressivos, maníaco-depressivos, esquizofreniformes), perturbações afectivas com desvitalização narcísica mais acentuada, alterações da personalidade dos “clusters” “errático” (*borderline*, narcísica) e “bizarro”

(esquizotípica e anti-social), para além das síndromas clínicas do espectro aditivo (perturbações do comportamento alimentar, uso, abuso e dependência de substâncias psicoactivas, entre outras condutas aditivas).

Que valor atribuir, então, ao falso *Self* na génese psíquica do espectro clínico acima enunciado? A resposta a esta questão impõe que revisitemos, uma última vez, as formulações originais de D. Winnicott relativamente a esta instância psíquica.

Ora, esta dimensão de instância psíquica “arcaica” de carácter defensivo “arcaico”, de acordo com o modelo genético que avança para a estruturação precoce da mente infantil, está envolta na “*autopoiesis*” (F. Varela, 1989) proporcionada por uma “estrutura indivíduo-meio” originária absolutamente concordante com as verdadeiras necessidades do *Self* infantil nascente.

Recorremos, para tal, a dois dos artigos acima citados, mais precisamente “Psicose e cuidados maternos” (1951), e “As formas clínicas da transferência” (1955/56). Assim, o falso *Self* figura uma instância psíquica “arcaica”, protectora da integridade “*a minima*” de um *Self* autêntico (o verdadeiro *Self*) exposto a uma grave perturbação do meio, numa fase de “dependência absoluta” que marca “o “estádio crítico” de emergência da identificação primária” (1955/56, p. 280) Contudo, este aspecto falso do verdadeiro *Self*, que se separa do *Self* autêntico para, em atitude de sacrifício de qualidade, o mascarar, protegendo-o do contacto com um meio indiferente, hostil, ou, na melhor das hipóteses, insuficientemente adaptado às necessidades de “*holding*” do bebé, vai possibilitar, através de um esquema de pseudo-adaptação às carências do meio, que o *Self* verdadeiro conserve uma continuidade de ser (“*continuity of being*”). Esta estratégia defensiva, de índole sobrevivente, expõe então o lactente e a criança pequena ao significativo empobrecimento da esfera afectiva e do imaginário por falta das experiências de integração egóica proporcionadas por um meio maternante ajustado às suas necessidades.

Por outro lado, este aspecto falso separado do *Self* autêntico (a fim de cumprir a sua missão protectora da continuidade do ser do *Self* verdadeiro, até que este possa emergir do estágio crítico de identificação primária) substitui-se ao meio “não suficientemente bom” numa atitude maternante rígida e imutável, cujas consequências para o futuro da personalidade psíquica do sujeito são correlativas quer da natureza da perturbação afectiva e material, quer

do grau de carência adaptativa às necessidades do *Self* infantil nascente de que o meio (a que o falso *Self* está “pseudo-adaptado”) faz provas.

Compreende-se assim que um meio originário que seja indiferente (alheado ou ignorante das necessidades do *Self* infantil, “abandónico”), ou que funcione de uma forma aberta, ou veladamente, hostil relativamente ao bebé (rejeitante, respondendo de modo paradoxal às suas necessidades) induzam lesões mais graves (e dificilmente reversíveis) à integridade narcísica do Eu, já que “enquistam” o *Self* verdadeiro num funcionamento em falso *Self* “especular” da perturbação do meio que o produziu.

Note-se, contudo, que o mesmo autor faz referência, no artigo de 1955/56 em que nos apoiamos para fazer esta reflexão teórico-clínica, a uma entidade psíquica – o “pseudo-*Self*” – a qual, apesar de se desenvolver nas mesmas condições de adversidade do meio “não suficientemente bom” que pode conduzir à operação defensiva do falso *Self*, não parece ter beneficiado desta manobra protectora da integridade do *Self* verdadeiro, ficando, assim, condicionado à inviabilidade da “instauração de um Eu autêntico” (de que o “pseudo-*Self*” é a “marca de água” psíquica).

Mas qual é, afinal, a utilidade técnica adscrita por D. Winnicott a esta operação defensiva do *Self* infantil, e mais particularmente atendendo ao eixo da reflexão que desenvolvo neste texto, quais as suas implicações no tratamento dos pacientes-limite? É o próprio Winnicott que, em texto de 1954 sobre os aspectos metapsicológicos e clínicos da regressão na situação analítica, fornece matéria para a resposta a esta dupla questão.

Assim, neste trabalho, o clínico aborda a selecção de casos para tratamento psicanalítico com base no diagnóstico estrutural do grau de integração da personalidade de que fazem prova no decurso das entrevistas clínicas iniciais, já que está particularmente interessado em discutir as condições técnicas de gestão da regressão no seio da sessão analítica (ou, por outras palavras, nas condições para a gestão da contratransferência nos momentos regredientes da relação do duo analítico).

D. Winnicott propõe, então, uma taxionomia tripartida, na qual os dois primeiros grupos de pacientes revelam uma estrutura da personalidade bem estabelecida. Contudo, enquanto o 1º grupo é reservado aos pacientes que revelam uma maior força do Eu, e que, deste modo, apresentam habitualmente dificuldades transitórias de relação interpessoal (para os quais, em sua opinião, se aplicam os preceitos técnicos estabelecidos por S. Freud para o tratamento psicanalítico das neuroses), já o 2º grupo inclui pacientes para os quais as dificuldades com o

sentimento de ambivalência e com a consciência das necessidades de dependência assumem importância significativa, o que poderá ser compatível com a existência de problemas mais precoces no processo de integração egóica da personalidade.

É, então, para o 3º grupo que reserva os pacientes mais graves, aqueles para os quais, como refere, "as análises devem abordar os primeiros estádios do desenvolvimento afectivo, antes e até ao estabelecimento da personalidade, como entidade, e anteriormente à aquisição do elemento espaço-tempo" (1954, p. 251). Trata-se, como é fácil de inferir a partir do seu pensamento clínico, dos pacientes que atrás caracterizei, do duplo ponto de vista da psicopatologia e do diagnóstico, como integrantes do espectro transnosográfico e transestrutural das patologias-limite. É então para este 3º grupo de pacientes que D. Winnicott recomenda (e reclama) a utilidade da identificação e da gestão contratransferencial do funcionamento em falso *Self*, a fim de manter intacto o "factor dinâmico" do psicanalista, como meio estruturante secundário, capaz de fazer emergir a partir do passado (isto é, do trabalho sobre o binómio contratransferência/transferência do duo psicanalítico) o verdadeiro *Self* do paciente e, deste modo, libertar o processo de integração do Eu infantil verdadeiro à personalidade adulta.

Ilustração Clínica

Chegado a este ponto do desenvolvimento da reflexão crítica acerca do interesse do falso *Self* para a clínica e o tratamento dos pacientes-limite que nos propusemos fazer neste trabalho, parece-nos ser pertinente que, à guisa de ilustração clínica dos propósitos avançados até agora, recorramos ao material clínico de uma sessão da fase final da análise pessoal de Bernardo, paciente de 40 anos de idade, economista de profissão e que iniciou o seu tratamento psicanalítico há 6 anos, na sequência de um estado de mal-estar depressivo, organizado em torno daquilo que referia (em tom reflexivo revelador de capacidades bastantes de "*insight*" e, sobretudo, daquilo que me pareceu indicar uma disposição para se interrogar sobre si na primeira pessoa do singular) como uma incapacidade de sonhar os seus próprios sonhos, de sentir que levava uma vida própria, chegando, até, algumas vezes e em momentos de maior desânimo e volatilidade existencial, a pôr em dúvida o sentido da condução da sua vida pessoal e familiar. Filho mais novo de uma fratria de 3, precedido por duas irmãs 8 e 6 anos mais velhas do que ele, Bernardo terá visto a luz do dia, em aparência, no "ponto-morto" da crise conjugal, longamente evoluída, de um duo parental em (irredutível) conflito de interesses (materiais e, sobretudo, amorosos). Recorda, com nitidez, o momento

de separação dos pais, ou, mais precisamente, da saída do pai de casa, “despejado” pela mãe, como refere mais recentemente em tom de raiva infantil (mal) contida que não logrou reconhecer durante longo tempo. De facto, parece existir ainda, na fase inicial da sua análise, uma censura super-egóica (consciente) deste sentimento negativo dirigido à sua mãe, relativamente à qual não recorda ter sentido alguma vez ambivalência, mesmo fruste, e, menos ainda, qualquer outra emoção, afecto ou sentimento interpretáveis como agressivos (ou lesivos da integridade “sem mácula” de um objecto materno tão providencial). Só pelo segundo ano da sua análise foi possível começar a reconstituir a cadeia mnésica de acontecimentos “seleccionados” que culminou no estado de quase “colonização psíquica” em que algumas vezes se sentia, e que induzia um sentimento de “anomia da vontade” em momentos marcantes da sua vida. Numa ambiência transferencial de dominância paterna, o Eu infantil, até então fechado na “concha” abafante, se bem que preclara e providencial, da mãe hierática, cuidadosa, previdente, sacrificial até à exaustão e substitutiva de um pai “traste”, renegado amoroso e progenitor improvável e inconsistente, a quem o petiz, então nos primórdios da adolescência, tinha acesso restrito. Apesar de, como recorda, apreciar os momentos, sobretudo de fim-de-semana, que passava com o pai, e em que este o levava a assistir a provas desportivas, partilhando com Bernardo passeios (a)venturosos durante os quais abria recordações entusiasmantes da juventude, em particular os feitos da sua carreira desportiva de atleta de alta competição. Após esta fase da sua análise foi possível abordar (finalmente) o conflito de interesses com a sua mãe (sem se sentir ameaçado de ser despejado da casa paterna, à imagem deste pai tão pouco afortunado...), ouvir/entender a contrariedade, até então “surda”, suscitada pelo interdito materno à presença do pai no seu casamento (entretanto convenientemente falhado ao fim de 6 anos, tantos como aqueles que, na sua infância, passou com os pais juntos. Evoca este matrimónio como um enlace amoroso falso, “seco” e depressivo, patrocinado pela instância materna, a expensas próprias, mas pago, a débito elevado e com juros agravados, à custa da sua “conta corrente”. Bernardo surpreende-se ainda, pelo terceiro ano da sua análise, com o facto de não guardar nenhuma recordação das suas irmãs durante os anos de infância, mais precisamente até aos seus 16 anos (quando ambas já tinham saído de casa para contraírem os respectivos matrimónios). Importa referir que, nesta época da sua análise, as irmãs ainda ensaiavam o unísono com a mãe na condenação retrospectiva ao pai “saneado” do lar, sem apelo ou absolvição possíveis, imputando a Bernardo um mesmo carácter mole e “desprendido”, para além de identificarem outras semelhanças, sempre pouco recomendáveis, entre o “delfim” (sem tempo) e o “soberano” (cedo caído em desgraça).

A partir do quarto ano de análise foi possível abordar resolutamente o conflito de ambivalência com a mãe. Particularmente marcante a sessão na qual, pela primeira vez, recordou um sonho que tinha tido “com a sua mãe” (em vez de, como acontecia antes, achar que não sonhava, ou pressentir “vagamente” que os sonhos que recordava não eram seus). Aliás, na fase que antecedeu esta sessão, Bernardo refere, por vezes em tom irritado, o modo como a sua mãe (que o sabia em análise pessoal) lhe contava os seus sonhos. Bernardo interpretava esta atitude da mãe como uma tentativa de tomar, de um modo intrusivo, o seu lugar na relação comigo, enquanto eu, nesta fase do seu trabalho analítico marcado por uma transferência materna estruturante, me colocava no lugar do seu *Self* infantil verdadeiro, em relação gratificante com a mãe/psicanalista/meio “suficientemente bom” para a emergência do verdadeiro Eu, e interpretava a sua irritação como a expressão do medo de que a mãe interna controladora/“colonizadora”, ainda activa, pudesse tomar o meu lugar, usurpá-lo, impedindo assim o seu processo de libertação pessoal. Nesta fase fecunda do seu tratamento, pelo quinto ano da sua análise, Bernardo retoma a relação com o pai, de um modo aberto e firme, protagonizando, ainda, a reaproximação entre as irmãs e o pai. Consegue, também, nesta fase do seu trabalho analítico, abordar a triangulação edípica de uma forma resoluta, o que favorece a emergência de um funcionamento mental em vértex depressivo e a consequente expansão da função psicanalítica da personalidade (Bion). Para além dos progressos na sua vida profissional (avançou com um investimento empresarial de grande fôlego, em sociedade com amigos de longa data, por si dinamizada) Bernardo pôde, ainda, assumir, de forma clara e sem ambiguidades, uma relação amorosa que já dura há cerca de 4 anos, mas que só agora tornou pública junto dos seus pais e das suas irmãs. Numa sessão do sexto ano da sua análise, realizada recentemente, Bernardo traz 2 sonhos, ou, mais precisamente, um sonho “desdobrado” em 2 tempos, o qual, na sua interpretação inicial, é revelador do medo do retrocesso nas suas importantes aquisições pessoais após o fim (próximo) do seu tratamento analítico. Na 1ª parte do sonho assiste, sem angústia ou consternação aparentes, ao desastre de um comboio que descarrila, um acidente que observa na plataforma da gare de estação em que se encontra. Na 2ª parte do sonho, que se segue acto contínuo a esta cena inicial, está em casa e reconhece pela decoração e pela disposição das salas que é a casa em que viveu com a primeira mulher, da qual se divorciou há 5 anos (na fase inicial da análise pessoal) e dá-se conta de que está a fazer as malas, sem entusiasmo, tem até um sentimento de tristeza, uma “calma triste” que refere como “estranha”. Tem a noção de que a mulher está em casa, e de que se prepara para partir com ela para o local de veraneio (arranjado pela mãe) para o qual costumavam ir passar férias durante o seu consórcio matrimonial. Sente receio de possa suceder algum acidente, em particular que o comboio

descarrile, embora quase deseje que tal aconteça (mesmo sabendo que provavelmente estará no interior de uma das carruagens acidentadas). Acorda de seguida, sem grande sobressalto, embora se sinta ansioso com o conteúdo deste sonho. Na ambiência da sessão, marcada pelo vértex de conhecimento/descoberta mútua que partilha comigo, consegue perceber o medo que sente de voltar a ficar “preso” ao (no) comboio/mãe controladora/“colonizadora”, ser obrigado a reentrar na “carruagem” de um casamento/compromisso “contra-natura” com esta mãe interna “arcaica”, e dá-se conta, em diálogo comigo, do modo como o lado infantil/“timorato”, ainda “assustadiço”, da sua mente o faz temer voltar a cair/“descarrilar” na conjuntura de um passado ainda relativamente recente! Contudo, não fica muito angustiado, já que o Eu total verdadeiro mantém intactas a capacidade crítica, a determinação e a confiança no futuro.

Comentário final

O caminho percorrido por Bernardo parece demonstrar à saciedade, a justeza de uma das teses de D. Winnicott quando refere que, algumas vezes, o falso *Self* funciona como instância maternal substitutiva, protectora de um *Self* autêntico que tem de ser preservado das agressões de um meio “não suficientemente bom”, mantendo intactas as suas qualidades e a capacidade para continuar a existir, logo que encontre o meio propício à emergência do “torpor anímico” em que se manteve, mais ou menos “sonolento”, até ao momento da emancipação secretamente desejada.

É verdade que nem todas as situações depressivas-limite têm o mesmo prognóstico favorável inscrito na trajectória de Bernardo. Esta trajectória era, aliás, previsível desde as entrevistas iniciais, em função do seu comportamento e, sobretudo, da disposição para a mudança revelada pelo lado sanígeno da sua personalidade.

Não queremos enfim deixar de realçar o importante contributo de D. Winnicott para o aprofundamento e a expansão do quadro em que se desenvolve o trabalho psicoterapêutico, em particular com pacientes mais regredidos ou com um atingimento mais precoce e severo da sua integridade narcísica.

É, precisamente, na linha fecunda e inovadora que produziu um conceito tão importante como o “espaço potencial”, lugar de sonho e transformação psíquica mediado pelos fenómenos transicionais que dão ao “*setting*” psicoterapêutico a qualidade de “área intermediária de experiência”, que se inscreve o interesse da noção de falso *Self*, como analisador clínico e,

sobretudo, como instrumento técnico ao serviço da gestão da contratransferência no interior da sessão terapêutica, muito particularmente no tratamento dos pacientes com perturbações do funcionamento mental do espectro *borderline*.

Referências Bibliográficas

Akhtar, S., Thomson, A. (1982) Overview: narcissistic personality disorder, *American Journal of Psychiatry*, 139, 12-20

Bion, W.R. (1962) *Learning from Experience*, cf. versão francesa, *Aux Sources de l'Expérience*, Paris, PUF (1991)

Bion, W. R. (1963) *Elements of Psycho-Analysis*, cf. versão francesa, *Élèments de la Psychanalyse*, Paris, P.U.F (1979)

Bion, W.R. (1965) *Transformations*, London, Karnac Books (1984)

Fairbairn, R. (1944) Endopsychic structure considered in terms of object relationships *International Journal of Psycho-Analysis.*, XXV, 70-93

Freud, S. (1911) Formulations on the two principles of mental functioning, In *On Metapsychology: the Theory of Psychoanalysis*, 35-44, London, Penguin Books (1991)

Freud S. (1917) Analytic Therapy In *Introductory Lectures on Psycho-Analysis*, 1929, cf. versão brasileira Terapia analítica In *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*, 449-463, Vol. XVI (1916-1917), Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud, Rio de Janeiro, Imago (1969)

Freud, S. (1923) The Ego and the Id In *On Metapsychology: the Theory of Psychoanalysis*, 350-407, London, Penguin Books (1991)

Green, A. (1990) *La Folie Privée - Psychanalyse des cas-limites*, Paris, Gallimard

Hayman, A. (2013) *What do our terms mean? Explorations using psychoanalytic theories and concepts*, International Psychoanalytic Association, London, Karnac

Kernberg, O. (1975) *Borderline conditions and pathological narcissism*, New York, Aronson

Klein, M. (1934) A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states *International Journal. Of Psycho-Analysis*, VI, cf. versão francesa Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs In *Essais de Psychanalyse 1921-1945*, 311-340, 1996, Paris, Payot

Klein, M. (1946) Notes on some schizoid mechanisms In *Developments in Psycho-Analysis*, London, Hogarth Press (1952)

Macintyre A. (2004) *The unconscious: a conceptual analysis*, London, Routledge

Roussillon, R. (2001) *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, PUF

Varela, F (1989) *Autonomie et connaissance – Essai sur le vivant*, Paris, Ed. du Seuil

Winnicott, D. W. (1953) Transitional objects and transitional phenomena *Int. Journal of Psycho-Analysis.*, XXXIV, Cf. versão francesa Objets transitionnels et phénomènes transitionnelles In *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*, 167-186, 1989, Paris, Payot

Winnicott D. W. (1953) Psychoses and child care *Brit. J. Med. Psychol.*, XXVI, cf. versão francesa Psychoses et soins maternels In *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*, 187-197, 1989, Paris, Payot

Winnicott D. W (1955) Metapsychological and clinical aspects of regression within the psycho-analytic set-up, *Int. J Psycho-An*, XXXVI, cf. versão francesa Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique In *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*, 250-267, 1989, Paris, Payot

Winnicott D. W (1956) Clinical varieties of transference, *Int. J. Psycho-Anal.*, XXXVII, Cf. versão francesa Les formes cliniques du transfert, In *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*, 279-284, 1989, Paris, Payot

Winnicott D. W (1956) La préoccupation maternelle primaire» In *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*, 285-291, 1989, Paris, Payot

Winnicott D. W (1958) The capacity to be alone, *International Journal of Psycho-Analysis*, XXXIX, cf. versão francesa La capacité d'être seul, In *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*, 325-333, 1989, Paris, Payot

Winnicott D. W (1960) La distorsion du moi en termes de vrai et de faux soi, *Bulletin de l'Association Psychanalytique de France*, 90-102

Title

Is the false self at the origin of borderline conditions? Clinical rejoinder and epistemological reflection

Abstract

The psychotherapeutic management of patients suffering from the combined effects of a serious and early flaw of the narcissistic ego integrity that evolves towards the weakening of their personality structure can be rather well addressed by the appropriate use of Winnicott's notion of "false self". It becomes therefore rather important not only to inscribe such notion in the theoretical framework of Winnicott's theories, but also to discuss its importance both for the clinical understanding and for the therapeutic management of the borderline spectrum of patients. To achieve such goal we begin by defining what can be the psychoanalyst's observational/countertransference position within the unconscious field creating (underlying) the psychotherapeutic relation. There are indeed different perspectives on this matter depending mainly on the topic and genetic dimensions of the theoretical positioning each author adopts to deal with the crucial issue of the analyst's place within the analytic setting. The range of perspectives goes from Freud's original external (superegoic) positioning to Bion's assumption of a working alliance with the patient's analytic (reflexive) personality, and includes Klein's radical option for a primitive self/internal object observing/interpretative position and Winnicott's true self/"good enough environment" stance, together with his

predominant focus on the patient's deprived infantile self 'holding' needs. In order to adequately discuss the notion of false self, it is important to previously address the theoretical framework of Winnicott's approach to the concept of self. Such approach is in line with a personalistic Self-psychology perspective based on an understanding of the progressive structuring of personality (from the original 'psyche-soma' to the final 'total ego' through the gradual integration of 'ego nuclei', i.e., the narcissistic, affective and instrumental foundations of personality). Yet, false self may turn into a rather heuristic notion for the comprehensive management of borderline patients, especially if we assume that there may be a common psychopathological ground for a borderline range of disorders (borderline, narcissistic or schizoid personality disorders, manic-depressive and depressive psychotic states, psychopathic behaviours, addictive behaviours) based on the triumvirate: flaw in narcissistic ego integrity; depressive fragmentation of self-boundaries with areas of self-object (confusional) overlapping; subdued boundaries between Self agencies and primary and secondary processes. In such cases the false self will be useful not only as clinical analyzer for the level of regression and the narcissistic integrity deficiencies of the patient's infantile ego, but also as technical instrument for the analyst's countertransference management of the patient's regressive ego needs inside the analytic session (in order to keep intact the analytic function or, as Winnicott puts it, the analyst's "dynamic factor" as secondary structuring environment for the 'encapsulated' authentic self of the patient). A clinical illustration is presented to further clarify the theoretical points advanced in this work.

Key words: analytic setting; false self; technical regression; borderline spectrum; countertransference management.